

小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

年 月 日

始良市長

殿

申請者氏名

住所

(給付対象者との続柄)

次のとおり日常生活用具給付を申請します。

対象者	氏名		男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)	
	住所	〒 TEL ( )				
	疾病名					
世帯の状況	氏名	対象者との続柄	生年月日	職業	備考 (対象者に対する介護の状況等)	
給付を希望する理由						
現在の住まいの状況		住 宅 1 自宅 2 借家 (貸主の諾否)	浴 槽 1 和式 2 洋式 3 なし	便 器 1 和式 2 洋式 3 携帯用		
現在の介護の状況	入 浴 1 他人の介助を必要 2 清拭のみ 3 入浴、清拭ともして いない。 4 自分でできる。	排 便 1 他人の介助を必要 2 便器 (携帯用) 使用 3 自分でできる。	移 動 1 車いす使用 2 他人の介助を必要 (一部・全部) 3 自分でできる。			
給付を受けたい用具の名称				希望する型 式・規模等		
給付上特に希望する事項						
備 考						

【同意書】 助成の適正を図るために必要な場合は、他の自治体に情報の照会及び提供することについて同意します。

氏名

注1 この申請書には、対象者が属する世帯構成員の前年及び当該年度分市町村民税の課税額を証明する書類 (生活保護を受けている人の場合は、その旨についての福祉事務所長の証明書) を添付すること。ただし、世帯構成員の同意のもとに市において確認することができるときは、当該書類の添付を省略することができる。

2 申請者氏名については、自署又は記名押印すること。

《市職員記入欄》 本人確認済

# 同意書

下記の者は、始良市の健康増進課が小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業実施要綱に基づく事務手続を処理するために限って、  
年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限りて同意することを申し添えます。

## 記

同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

### 記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
- 3 申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略してもよい。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。